

Redução de peso: identificação de variáveis e elaboração de procedimentos com uma população de baixa renda e escolaridade¹

Denise Cerqueira Leite Heller e Rachel Rodrigues Kerbauy
Universidade Tuiuti do Paraná *Universidade de São Paulo*

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar variáveis controladoras do peso em oito mulheres obesas submetidas a um programa comportamental para eliminar peso. O programa foi dividido em duas etapas. A primeira consistiu de um programa básico de autocontrole do comportamento alimentar cuja duração foi de sete meses, com 24 sessões, sendo a primeira individual e as restantes em grupo. A segunda etapa visou auxiliar a aquisição e/ou manutenção de desempenhos anteriormente exigidos com duração de 12 meses, num total de 15 sessões em grupo. Em ambas as etapas, a partir do relato dos participantes, identificavam-se variáveis controladoras da perda, manutenção e aumento de peso.

Observou-se perda de peso nas duas etapas sendo a perda média para o grupo na primeira etapa de 9.800 gramas e na segunda de 8.000 gramas. O índice de excesso de peso diminuiu em pelo menos 24% para todos os sujeitos. Observou-se modificação do comportamento alimentar de todos os participantes relativamente a horário e local para as refeições, velocidade de mastigação e balanceamento dietético. Observou-se também aumento da atividade física para sete dos oito participantes. Discute-se as dificuldades individuais no processo de perda de peso e aquisição de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: obesidade, autocontrole, terapia comportamental, população de baixa renda.

Summary

Weight reduction: variable identification and procedures with a low-income population.

This study aimed at identifying weight-controlling variables in eight obese women subjected to a behavioral program for weight loss. The program was divided into two stages. The first one consisted in a basic program of eating behavior self-control, and lasted seven months, totalling 24 sessions, the first one being individual and the others group sessions. The second stage intended to help in the acquisition and/or maintenance of performances previously demanded, and lasted twelve months, totalling fifteen group sessions. During both stages, the variables controlling weight loss, maintenance and increase were identified from the subject's report.

Weight loss was observed in both stages, the average loss for the group in the first stage being 9,800 grams and in the second one 8,000 grams. The rate of excess weight decreased at least 24% for all subjects. A change in eating behavior was observed in all participants as to place and time of meals, speed of mastication and dietary balancing. An increase in physical activity was observed in seven out of eight subjects. The individual difficulties in the process of losing weight and the acquisition of healthy habits are discussed.

Key words: obesity, self-control, behavior therapy, low-income population.

1. Este trabalho é parte da dissertação de mestrado defendida em 1990 na USP-PSE, pela primeira autora. Os desenhos utilizados com as pessoas pouco alfabetizadas não estão incluídos mas constam da dissertação.

A obesidade tem sido estudada em vários países. Nem sempre há estatísticas ou estudos detalhados sobre o assunto, mas parece que a incidência aumenta com a idade embora também afete crianças e adolescentes.

Não é surpresa verificar que a obesidade é uma doença que favorece o aparecimento de complicações patológicas, entre as quais as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, insuficiência coronariana, arteriosclerose), diabetes, com todas as suas graves conseqüências, doenças articulares (artroses, alterações na coluna vertebral), varizes, flebites, flebotromboses, entre outros. Em suma, a obesidade diminui a longevidade e pode alterar a qualidade de vida (Matarazzo, Weiss, Herd & Miller, 1984; Kerbauy, 1987).

Há diferentes classificações de obesidade. Utilizando critérios psicológicos, Dreyfus (1975) e Khan (1981), classificam a obesidade como reativa, ocorrendo um excesso de ingestão de alimento em resposta a reações emocionais, e obesidade do desenvolvimento, onde as modificações durante o crescimento e o desenvolvimento da personalidade levam à superalimentação.

Além das classificações decorrentes de concepções teóricas específicas, um outro modo de analisar é verificando a relação entre o comportamento alimentar e as condições antecedentes e conseqüentes nas quais ele ocorre. Desta forma, é possível analisar a superalimentação ou alimentação inadequada como um fator relevante e, em especial, descrever as contingências que a mantêm.

Conceituando-se a obesidade como um fator de risco, e que supõe uma quantidade de gordura que excede de 20 a 30% o peso ideal, há uma procura sistemática de tratamentos para

combatê-la: uso de anorexígenos, cirurgias, dietas nutricionais, programas de exercícios, psicoterapia e programas de modificação do comportamento alimentar. A diversidade de tratamentos faz-nos supor resultados conclusivos, no entanto, os procedimentos mais eficazes têm produzido resultados relativamente modestos. Segundo alguns autores, Stunkard (1958), Wooley, Wooley & Dyrenforth (1979), Dubbert e Wilson (1983), Kerbauy (1987), o dado consistente encontrado em estudos comportamentais é que poucas pessoas obtêm uma perda ponderal significativa, muitas perdem pouco ou nenhum peso, como também que a terapia comportamental parece ser mais indicada para o pequeno e médio obeso, cabendo ao grande obeso combinações de tipos de tratamento.

A conceituação da obesidade é um excesso de gordura corporal. Para identificá-la e defini-la são utilizadas as tabelas de peso e altura aceitas pela comunidade científica, entre outras medidas. Para estabelecer uma comparação das diferenças de peso entre sujeitos, utiliza-se o índice de excesso de peso obtido a partir da fórmula: peso atual menos peso ideal dividido por peso ideal e multiplicado por cem (Kerbauy, 1972-1987; Mahoney, 1974; Kingsley e Wilson, 1977). Atualmente (2000), a fórmula empregada na literatura é o I.M.C. (Índice de massa corpórea), que emprega a fórmula: peso dividido pela altura ao quadrado e o resultado acima de 25 é considerado excesso de peso.

O trabalho clássico que faz uma análise comportamental do comportamento alimentar, é o de Ferster, Nurenberger e Levitt (1962). Esses autores propõem uma análise do comportamento alimentar, enfocando-o como

aprendido e propondo a sua reeducação através de técnicas de autocontrole. O autocontrole refere-se a desempenhos específicos que diminuem a probabilidade de emissão do comportamento a ser controlado, no caso, o comer em excesso. Estes desempenhos envolvem a manipulação das condições que influenciam este comportamento através de: a. análise das condições nas quais ele ocorre bem como das consequências, b. identificação dos comportamentos que facilitariam o comer, c. identificação dos reforçadores positivos ou negativos que controlam esses padrões de resposta, d. aplicação de reforçamento para alterar a probabilidade da resposta pré-selecionada.

A vantagem apresentada por esse tipo de programa é que o autocontrole do comportamento alimentar, uma vez instalado, permite que, através de técnicas específicas, o indivíduo mantenha seu próprio comportamento sob controle e seja capaz de reiniciar os desempenhos aprendidos desde que se tornem novamente necessários.

Em um experimento, Stuart (1978) estudou 700 antigos freqüentadores do Vigilantes do Peso com o objetivo de identificar quais as diferenças entre os que mantiveram e os que não mantiveram seu peso ideal. Todos receberam o mesmo programa e alcançaram o peso ideal, entretanto, alguns se estabilizaram no peso alcançado e outros não. Os resultados mostram que aqueles que mantiveram o peso modificaram o conceito de si mesmos e se apresentaram confiantes na sua capacidade de estabilizar-se no peso atingido.

Ainda em nosso meio, no estudo do autocontrole do comportamento alimentar, Kerbaux (1972 e 1977) trabalhou com 15 participantes,

sendo sete atendidos individualmente e oito distribuídos em três grupos, um dos quais não recebia lista de alimentos e compareceu a 12 sessões. Treze participaram durante 26 a 44 sessões. A medida empregada foi a perda de peso utilizando várias técnicas de autocontrole. Os resultados obtidos demonstram a eficácia do procedimento com alguns participantes, e na discussão salienta-se a necessidade de adaptar o programa e analisar contingências para cada caso individual. É preciso ressaltar que o número elevado de sessões possibilitou o acompanhamento de alguns participantes durante longo período. Posteriormente verificou-se que sete mantinham o peso estável após três anos, dois recuperaram o peso e um oscilou em 2.000 gramas. Ainda, dois participantes mantiveram contato até três e seis meses, e ambos mantiveram o peso nesse período.

Estudos a respeito do controle de estímulos em pacientes obesos foram realizados por Schachter e Gross (1968) e os dados obtidos são relevantes até hoje no estudo da obesidade. Segundo esses autores, os obesos são mais controlados por dicas externas do que internas. Os obesos não têm, necessariamente, mais fome do que os indivíduos de peso normal, porém, respondem mais à estimulação externa (visão de alimentos, horários etc.) do que os não obesos.

Segundo Stunkard e Koch (1964), nas pessoas de peso normal o comportamento alimentar é regulado por fatores internos: hipoglicemia e motilidade gástrica, ao contrário dos obesos, onde a ingestão é determinada por fatores externos: a visão do alimento, o aroma, a forma de apresentação do alimento, o horário e o lugar.

Na década de 70, os estudos sobre obesidade incorporaram técnicas comportamentais e cognitivas no seu tratamento. Resulta desse movimento (Stuart, 1972, 1978, 1989), ênfase na modificação do pensamento do obeso, sugerindo que a preocupação constante com comida e peso impedem que esses sujeitos se concentrem em ações mais compensadoras que o alimentar-se, sendo necessárias, portanto, ações construtivas que dificultem a ocorrência da superalimentação.

Encontram-se pistas da análise de regras ou pelo menos de controle verbal no trabalho de Ferster e cols. (1962), que explicam a vantagem da permanência destas no repertório do sujeito mesmo após o término do tratamento. Outros autores, empregando um referencial de aprendizagem social, afirmam que o auto-controle só pode ser obtido e mantido se certos pensamentos e crenças forem substituídos ou modificados.

Vários tipos de pensamento auto-punitivo, relacionados ao peso e à comida, são apresentados por Stuart (1989) sob forma de depoimentos de mulheres obesas. O Connor e Dowrick (1987) realizaram um estudo sobre as cognições presentes em sujeitos com peso normal, com excesso de peso e com ex-obesos. O estudo procurava identificar pensamentos típicos de pessoas obesas na presença de comida e compará-lo ao restante da população, para verificar se haveriam diferenças significativas. Criaram uma escala de cognições relacionadas à obesidade, a qual foi respondida por três dos quatro subgrupos de sujeitos: peso normal, obeso e ex-obeso. Os resultados revelaram que os obesos possuem cognições focalizadas em comida/peso num grau maior

que os sujeitos de peso normal. Estes dados fazem supor que os pensamentos de alguns indivíduos obesos reflitam seus padrões de superalimentação.

Os autores sugerem que os programas comportamentais de tratamento da obesidade devem prever estratégias de modificação dos pensamentos existentes durante a alimentação, pois parece difícil mudar comportamentos de superalimentação antes de se mudar pensamentos tais como: “eu não tenho nenhum controle sobre mim mesmo, quando a comida chega”; “estou chateado, eu vou comer, eu vou me sentir melhor depois”. A modificação de “cognições obesas” durante o programa de modificação do comportamento ajudaria a pessoa a substituir seus pensamentos errôneos por pensamentos realistas e facilitaria tanto a perda quanto a manutenção do peso perdido.

Stuart (1978) propõe estratégias para a modificação de pensamentos que impedem o emagrecimento. Entre estas destaca-se: ser capaz de reiniciar uma dieta pensando que embora as anteriores não tenham tido sucesso, aquela poderá tê-lo; encarar naturalmente os deslizamentos durante a dieta, e não pensar que um chocolate extra é motivo para se ingerir outros alimentos problemáticos; interromper cadeias de pensamentos punitivos, substituindo-as por auto-afirmações positivas.

Em função da variabilidade encontrada nos programas comportamentais para perda de peso, alguns autores se propuseram a identificar fatores associados ao sucesso ou insucesso no tratamento. Entre eles, destaca-se a revisão bibliográfica de Davidson e Davidson (1980) que mostra os resultados pouco encorajadores dos efeitos positivos a longo prazo, e necessidade

de estudar as intervenções comportamentais. Comparando estudos que alcançaram resultados positivos com aqueles cujos resultados foram negativos, observam que não há diferença entre eles e concluem que isso impede que se determine fatores associados com sucesso ou insucesso.

Straw (1983) sugere três fatores que permitem predizer o sucesso no tratamento da obesidade: 1. peso inicial do participante: segundo ela, pacientes mais pesados obtêm melhores resultados; 2. participação do cônjuge: a presença do parceiro no programa facilita a perda e manutenção do peso perdido; 3. contatos no período após o tratamento: a autora ressalta a importância deste fator, sugerindo sua relação com a manutenção do peso perdido.

Dubbert e Wilson (1983) identificam características de pacientes que dificultam os resultados: 1. a alta percentagem de gordura corporal (este dado contradiz o que foi afirmado por Straw); 2. idade avançada; 3. cônjuge obeso; 4. perda ponderal reduzida nas primeiras semanas de tratamento; 5. falhas durante o primeiro mês de tratamento quanto ao cumprimento das tarefas propostas.

Essas afirmativas demonstram pontos comuns bem como controvérsias a respeito do paciente "modelo" e do paciente mais fadado ao insucesso. Parece porém que a solução para tal problema não está situada no tipo de cliente, visto que as diferenças individuais existem, mas também, e talvez sobretudo, no tipo de tratamento proposto. Existem comportamentos que dificultam tanto a perda como a manutenção de peso; entre eles, destaca-se a resposta alimentar diante de uma situação problemática. Segundo Leon e Chamberlain (1983), indivíduos que

comem em resposta a uma situação estressante têm mais probabilidade de engordar.

Embora tenham sido identificados diferentes fatores para a implementação do tratamento da obesidade (atividade física, mudança de pensamento e de regras) observam-se variações nos programas de modificação do comportamento para o tratamento dessa patologia e isto parece indicar que variáveis controladoras da perda de peso e sua manutenção ainda são uma questão aberta.

Levando em consideração esta controvérsia, o presente trabalho tem por objetivo identificar as possíveis variáveis críticas controladoras do peso, relatadas pelos participantes ou identificadas pelo experimentador através de seus depoimentos. Supõe-se ainda que um procedimento com longo tempo de duração poderia se revelar adequado para identificar essas variáveis e sugerir modificações no decorrer das sessões.

Método

Participantes: oito mulheres obesas, pacientes do ambulatório de nutrição do Hospital Escola de Curitiba. Os dados gerais de cada participante relativos à idade, patologias associadas à obesidade, altura, peso ideal, peso inicial e índice de excesso de peso estão na tabela 1.

Nota-se que os participantes distribuíam-se quanto à idade entre 16 e 45 anos, e apresentavam um índice de excesso de peso de 68,2 a 27,7 e eram portadores de obesidade e obesidade associada a hipertensão.

Tabela 1. Caracterização dos participantes quanto a Idade, Peso inicial, Peso ideal, Altura, Índice de excesso de peso e Diagnóstico clínico.

Nome	Idade	Peso inicial (gr)	Peso ideal (gr)	Altura (cm)	Índice excesso peso (%)	Diagnóstico clínico
DM	45	105.000	62.400	153	68,2	Obesidade e Hipertensão
MA	37	112.500	72.400	168	55,3	Obesidade
L	36	68.500	53.600	156	27,7	Obesidade
E	28	78.400	58.600	160	33,1	Obesidade e Hipertensão
ME	28	101.000	63.600	155	58,6	Obesidade e Hipertensão
MC	25	100.300	73.100	163	37,2	Obesidade e Hipertensão
MH	18	67.800	51.300	150	32,1	Obesidade
LM	16	88.000	66.700	160	31,9	Obesidade

Para seleção dos participantes efetuou-se divulgação junto aos departamentos de endocrinologia e clínica médica do hospital. Solicitou-se aos médicos desses setores que encaminhassem para o ambulatório de nutrição, local onde se realizou o estudo, pacientes que obedecessem os seguintes critérios: índice de excesso de peso superior a 20%; não estar em tratamento psicológico; sem suspeita de gravidez; não apresentar diabetes e não estar tomando anorexígenos. A mesma divulgação foi feita com as enfermeiras, estagiárias de nutrição e nutricionistas do ambulatório.

Todas as pessoas que chegavam ao ambulatório eram inicialmente atendidas por uma nutricionista, para a avaliação dietética. O planejamento dietético consistia de orientações nutricionais verbais e da elaboração de um modelo de cardápio, ou seja, a dieta própria-

mente dita, acompanhada de uma ficha de substituição de alimentos.

Caso a pessoa satisfizesse os critérios estabelecidos pelo experimentador, era encaminhada para uma entrevista no mesmo dia. Nessa entrevista, colhia-se dados sobre a história de excesso de peso: início, antecedentes familiares, regimes alimentares anteriores, doenças específicas, uso de medicamentos, atividade física e razões para emagrecer.

Quando o participante satisfazia os critérios acima mencionados, o experimentador explicava-lhe o tipo de trabalho pretendido e solicitava sua participação mediante acordo em que o sujeito se comprometia a permanecer no programa até o final e, em caso de desistência, explicar as razões.

1. Materiais: Os materiais utilizados durante este estudo foram: balança clínica marca Filizola, gravador, fitas cassete, folhas de papel milimetrado para gráficos de peso dos participantes, folhas preparadas como fichas de eventos e tabela de peso e altura da Metropolitan Life Insurance Company, 1983.
2. Procedimento: O procedimento foi realizado em duas etapas. A primeira consistia em um programa de autocontrole do comportamento alimentar com duração de oito meses, num total de 24 sessões. As quatro primeiras sessões foram quinzenais, passando a semanais a partir da quinta a pedido do próprio grupo. A segunda etapa do programa visava manter desempenhos adquiridos na etapa anterior através da execução de tarefas e discussão em grupo. Esta etapa durou 12 meses, num

total de 15 sessões, quinzenalmente distribuídas até o quarto mês, passando a mensais a partir de então.

A primeira sessão foi uma entrevista individual, com o experimentador, onde eram colhidos dados sobre a história de excesso de peso do sujeito. Caso o paciente preenchesse os pré-requisitos exigidos para o estudo, era convidado a participar de uma reunião dentro de um período que variou de 14 a 21 dias, segundo a ordem de chegada a esta primeira sessão.

As demais sessões, tanto da primeira como da segunda etapa, eram em grupo, e tinham duração média de 60 minutos, variando de 50 a 100 minutos. As sessões obedeceram a uma seqüência, porém, na primeira etapa estiveram presentes à 7^a, 12^a, 16^a e 20^a sessões duas estagiárias de nutrição, que esclareciam dúvidas sobre a dieta. Essas profissionais não participaram da segunda etapa, porque as dúvidas já haviam sido esclarecidas.

Ao término da primeira etapa, perguntou-se aos participantes se eles desejavam continuar com as reuniões por mais um ano. Após acordo com o grupo, procedeu-se a um novo contrato, estabelecendo que as reuniões seriam mensais a partir do mês de janeiro, e que terminariam em dezembro.

Na primeira sessão da segunda etapa, os participantes pediram que as reuniões fossem quinzenais, alegando que a vinda ao grupo auxiliava na perda de peso. Decidiu-se que os atendimentos seriam quinzenais até março e mensais a partir de abril. Esse intervalo maior foi explicado como uma maneira de propiciar condições para que os participantes assumissem o controle de seu comportamento alimentar e

empregassem as estratégias individuais para lidar com o excesso de peso.

As sessões das duas etapas, à exceção da entrevista individual com o experimentador, obedeceram à seguinte ordem: pesagem dos sujeitos e registro de peso em um gráfico pessoal; distribuição de prêmios para os participantes que perdiam mais peso, a partir da quinta sessão (solicitação do grupo que executava os prêmios); análise das fichas preenchidas; relato das modificações comportamentais obtidas e das dificuldades encontradas, acompanhado de discussões e propostas de soluções alternativas; apresentação dos conceitos de análise do comportamento através de explicações, sempre depois que as tarefas eram propostas; tarefas propostas para iniciar ou manter desempenhos.

Os objetivos, desenvolvimento e as tarefas propostas, bem como as peculiaridades foram planejadas para cada sessão e as inovações propostas pelo grupo incorporadas. Exemplificamos com o planejamento das 2^a e 8^a sessões da primeira etapa.

Objetivos da 2^a sessão da primeira etapa

- Introdução de noções sobre aspectos clínicos da obesidade: etiologia, seqüências para o organismo e tratamento.
- Introdução de noções sobre análise experimental do comportamento, com destaque para o papel do reforçamento, modelagem e suas relações com obesidade.

Desenvolvimento da sessão

- Palestra ministrada pela médica endocrinologista com discussão posterior com o grupo.

- Palestra sobre “análise experimental do comportamento”, pelo experimenter, e discussão posterior com o grupo.

Tarefa

- Explicação da ficha de registro de alimentação para ser preenchida e trazida na próxima sessão.

Objetivos da 8ª sessão da primeira etapa

- Introdução de noções básicas a respeito do valor calórico dos alimentos.
- Discussão das tarefas anteriormente propostas.
- Explicação das fichas de substituição de alimentos.

Desenvolvimento da sessão

- Palestra ministrada pelas estagiárias de nutrição a respeito do “valor calórico dos principais alimentos”, discussão com o grupo.
- Explicação das fichas de substituição de alimentos entregues a cada sujeito por ocasião da consulta com nutricionista, discussão em grupo, esclarecimento de dúvidas.
- Obs.: não foi possível se proceder à análise das fichas de registro de alimentação nem a uma discussão a respeito do cumprimento das tarefas propostas por falta de tempo, tendo ficado então decidido que as reuniões com as nutricionistas seriam mensais.

Tarefa: Registro diário da alimentação.

Resultados e discussão

Optou-se por apresentar os resultados tanto individuais quanto do grupo por estar destacado na literatura as diferenças individuais na perda de peso e para mostrar as variáveis que parecem relevantes para os participantes.

1. Primeira etapa

Iniciou-se este trabalho solicitando-se aos participantes as razões para a participação no programa e identificou-se que todos eles não se sentiam bem e queriam emagrecer, cinco deles queriam experimentar um tratamento diferente e apenas um veio ao grupo por exigência de seu médico. Supõe-se que o desconforto com a gordura tenha exercido controle sobre o comportamento nos participantes para sua permanência no grupo e perda de peso pois todos perderam peso. Justamente o participante que veio ao grupo por exigência médica, embora alegasse não se sentir gordo, apresentava 31,9 de índice de excesso de peso, foi o que menos eliminou peso, passando a apresentar índice de excesso de peso de 26,6. Os sujeitos participaram em média a vinte e três sessões variando o número de faltas entre duas a zero.

Durante 24 sessões houve perda ponderal média para o grupo de 9.487 gramas com perda média mensal de 1.185 gramas. O participante que mais perdeu peso foi M.E. 16.300 gramas e o que menos perdeu peso L.M: 3.500 gramas. Os demais participantes perderam entre 15.800 e 6.000 grs. A média inicial do índice de excesso de peso para o grupo era de 43,05 passando para 29,56 após 24 sessões. O sujeito que apresentou a maior diminuição deste índice foi M.E., passando de 58,8 para 33,10.

Tabela 2. Peso Inicial, Peso Ideal e Índice de Excesso de Peso para cada Participante.

Part.	Peso (grs)			Índice excesso de peso		
	Inicial	Final	Difer.	Inicial	Final	Difer.
D.M.	105.000	96.000	9.000	68.2	53.8	14.4
M.A.	112.500	100.500	12.000	55.4	53.8	1.6
L.	68.500	59.500	9.000	27.7	11.0	16.7
E.	78.400	72.400	6.000	33.1	22.9	10.2
M.E.	101.000	84.700	16.300	58.8	33.1	27.7
M.C.	100.300	84.500	15.800	37.2	15.5	21.7
M.H.	67.800	61.500	6.300	32.1	19.8	12.3
LM	88.000	84.500	3.500	31.9	26.6	5.3

As diferenças individuais aparecem claramente quando verifica-se que houve ritmos diferentes na perda de peso. Até o segundo mês houve eliminação de peso para todos os participantes, sendo que no primeiro esta perda foi acentuada, de 8.700 a 1.100 gramas. Metade dos participantes apresentou perdas superiores a 5.600 gramas. Segundo Dubbert e Wilson (1983) e Bennet (1986), a perda de peso inicial é um dos indícios de que o participante perderá o peso desejado. A partir desse mês, observa-se perdas de peso menores, variando de 5.500 a 600 gramas tendo inclusive o sujeito E. aumentando 1.300 gramas. Ao avaliar-se os pesos a partir do quarto mês, observa-se flutuação dos mesmos com as perdas variando de 4.400 a 400 gramas, o que resultou em uma média para o grupo de 465 gramas mensais.

Note-se que o esperado na literatura é uma perda aproximada de 500 gramas por semana, número esse considerado possível e suficientemente reforçador (Ferster e colaboradores, 1962). O sujeito M.E. em cinco meses teve perda superior a esta taxa, inferior em dois meses e no último mês ganhou peso. O sujeito

M.H. apresentou perda de peso constante, no primeiro mês perdeu mais peso do que o esperado (2.800 gramas), e nos demais apresentou perdas que ficaram entre 1.300 e 100 gramas mensais. A pergunta que ficará para ser respondida, após a apresentação dos dados da segunda etapa, é sobre a adequação de uma taxa para ser perdida por mês.

Para esclarecer a função das técnicas empregadas no procedimento, analisa-se, a seguir, cada uma delas em relação à perda de peso.

Quando, a partir da primeira sessão, foi introduzida a ficha de registro de alimentação, todos os participantes perderam peso: D.M.:3.000 grs; M.A.: 5.700 grs; L.: 1000 grs; E.: 5.500 grs; M.E.: 2.000 grs; M.C.: 2.300 grs; M.H.: 2.000 grs; L.M.: 700 grs. Parece que a técnica se mostrou eficaz, visto que sua introdução isolada possibilitou que todos os sujeitos emagrecessem durante um período de quinze dias. O registro de alimentação parece exercer controle sobre a ingestão por possibilitar confrontação com a quantidade e qualidade de alimento ingerido que, segundo Kerbauy (1972), são deturpadas por muitos obesos. Não se tem o efeito isolado da ficha nas demais sessões, por terem sido introduzidas outras técnicas, mas seu efeito deve ser só de impacto inicial, pois mesmo acrescentando-se outras técnicas, os resultados obtidos são modestos.

Quando foi acrescentado o controle de estímulos, entre a terceira e quarta sessões, juntamente com a indicação para início da dieta prescrita pela nutricionista, cinco sujeitos emagreceram, um manteve o peso e dois engordaram, sendo que estes dois últimos não cumpriram as tarefas propostas por apresentarem problemas familiares que os impediam de "pensar antes de comer".

Entre a quinta e a sétima sessões foi solicitado a cada um dos participantes que fizesse pausa, descansasse o garfo, fizesse relaxamento diário e praticasse pelo menos duas atividades reforçadoras para concorrer com o comportamento de alimentar-se. Acredita-se na eficácia destas estratégias pois, no período em que foram utilizadas, observou-se perda de peso para sete participantes e aumento para apenas um. Entretanto, o sujeito que engordou declara sua vontade de fazer doces e comê-los, e a análise de sua ficha de registro mostra um alto consumo de guloseimas, que pode ser responsável por seu ganho de peso, uma vez que o sujeito afirma ter mantido os desempenhos exigidos nas tarefas anteriores. Relata também estar tendo problemas familiares que fazem com que a sua superalimentação ocorra.

Os participantes foram instruídos a iniciar a refeição pela salada e a evitar alimentos calóricos entre a oitava e a décima primeira sessões. Observou-se também perda de peso para todos os participantes que declararam estar usando pelo menos quatro estratégias comportamentais propostas em sessões.

Nenhum novo desempenho foi exigido dos participantes a partir da décima segunda sessão. Procedeu-se apenas à discussão sobre dificuldades encontradas no cumprimento das tarefas propostas. Nota-se novamente perda de peso em todos os participantes e diferenças entre elas: D.M.: 3.100 grs; E.: 200 grs; M.H.: 2.400 grs; M.E.: 2.800 grs; L.: 2.000 grs; M.C.: 700 grs; M.L.: 400 grs; e M.A.: 2.700 grs.

Ao se analisar as perdas de peso, muitas vezes pequenas, verifica-se, por exemplo, que o sujeito M.E. com índice de excesso de peso inicial de 58,8 foi o que mais perdeu peso semanalmente, ou seja, 340 gramas, em média,

quando espera-se um desempenho razoável de pelo menos 500 gramas semanais.

Ao solicitar-se aos participantes que relatassem suas dificuldades, notou-se que a velocidade acelerada ao comer e a pouca mastigação predominavam, tendo sido sanadas até o final do programa.

A inatividade foi a segunda dificuldade mais freqüente pois apenas um participante caminhava diariamente antes de vir ao grupo, sendo os demais totalmente inativos. Após explicação fornecida pelo experimentador a respeito do papel da atividade física no emagrecimento e a solicitação do registro diário da mesma, observou-se que todos os sujeitos passaram a ter algum tipo de atividade física diária, de pelo menos dez minutos. D.M., E. e M.E. optaram por caminhar; M.H. e M.C. preferiram fazer ginástica e M.A. escolheu dançar; L., além de caminhar, passou a andar de bicicleta nos finais de semana. L.M. fez ginástica aeróbica durante dois meses mas abandonou, alegando falta de tempo para estudar. O intervalo de duração dessas atividades não foi aumentando porque os sujeitos alegavam falta de tempo.

A terceira dificuldade apresentada por seis participantes foi a predileção por doces. O experimentador, com auxílio das estagiárias de nutrição, sugeriu que fosse estabelecida uma conta mensal de doces. Dois participantes não conseguiram limitar-se às quantidades pré-estabelecidas, e os outros preferiram não comer nenhum tipo de doce a ter que ingeri-lo apenas em pequenas quantidades.

Observou-se que alguns problemas relatados pelo grupo estavam ligados a fatores sócio-econômicos, como o preço elevado das frutas e verduras (apresentado por três participantes) e ao fato de não possuir geladeira (relatado por um participante).

tado por dois participantes). O primeiro problema foi solucionado para dois participantes, a partir de sugestões fornecidas pelo grupo como comprar frutas e verduras da estação, comprar em grandes centros de distribuição e fazer horta em casa. O outro participante contestou todas as sugestões e continuou a apresentar esta dificuldade. O segundo problema, por ser de ordem estritamente econômica, não pôde ser solucionado.

Três participantes declararam não ter autocontrole e comer o dia todo. Com a introdução da técnica de controle de estímulos, observou-se que eles modificaram seu comportamento, passando a comer num só local da casa e em horários fixos.

Embora a maioria dos sujeitos tenha dificuldade em evitar o consumo de doces em festas, apenas três deles consideram esta situação problemática. Para auxiliá-los, solicitou-se aos demais membros do grupo que explicassem como evitavam os doces em festas e observou-se que as estratégias utilizadas variavam de indivíduo para indivíduo, e até mesmo para um mesmo sujeito em diferentes situações.

M.A. declara que, para não comer, pensa no grupo, porque tem vergonha de chegar gorda às sessões. Apesar desta afirmação, não se constatou perda continuada de peso, pois M.A. oscilou freqüentemente de peso, e embora se considere que o controle grupal seja eficaz na instalação inicial do comportamento, supõe-se que ele não foi eficaz para assegurar a manutenção posterior. A perda de peso total de M.A. na primeira etapa do programa foi 12.000 gramas e a perda média foi de 1.500 gramas, com perda acentuada no primeiro mês e aumento de peso no quinto.

A Tabela 3 mostra as dificuldades de M.A. e as soluções propostas pelo grupo (G) ou o experimentador (E) e os números dos comen-

tários: 1. Mudou a alimentação, só compra frutas e legumes; 2. Diminuiu de dois pratos para um e não sente mais fome; 3. Mastiga bem e faz pausa de 15 minutos; 4. Ainda não conseguiu mudar; e 5. Não é sistemático.

Tabela 3. Participante 5 M.A.: Suas dificuldades e sugestões para saná-las.

Dificuldades	Sugestões	Adesão
Falta de condições financeiras para comprar frutas e verduras.	Substituir guloseimas e iogurte por frutas e verduras, comprá-las no CEASA, utilizar menos óleo para economizar (G).	Sim (1)
Sentir muita fome, comer muito durante as refeições.	Mastigar lentamente fazendo pausa após cada grupo de alimentos (salada, carne, etc) (E).	Sim (2)
Comer muito rápido.	Garfadas espaçadas (E).	Sim (3)
Comer quando lhe oferecem doces em casa de amigos.	Recusar com frases que impeçam ofertas, tais como: estou de regime (E). Lembrar-se de situações desagradáveis suscitadas pelo fato de estar gorda (G).	Não (4)
Não ter atividade física.	Andar 10 minutos diariamente ou fazer ginástica.	Sim (5)

Em suma, observou-se que, nesta primeira etapa do programa, ocorreram modificações no comportamento alimentar dos sujeitos nos seguintes aspectos: velocidade de mastigação e pausas durante as refeições, horário e local para as refeições, diminuição da ingestão e balanceamento da dieta.

Houve variação na opinião dos sujeitos quanto à maior eficácia das técnicas propostas, embora que o ponto básico para o estudo do autocontrole do comportamento alimentar está no controle de situações, atividades competitivas, e garfadas espaçadas que foram substituídas por este autor, quando preferidas pelos sujeitos, por comer à francesa por não precisar

depositar os talheres, ponto considerado aversivo. Observou-se no presente estudo a eficácia do controle de situações, atividades incompatíveis e auto-reforçamento, porém, notou-se que os sujeitos preferiram substituir as garfadas espaçadas pelas pausas que eram aproveitadas para adiantar o serviço doméstico, pelo qual todas eram responsáveis. Nota-se aqui adequação da técnica utilizada na literatura ao estilo de vida dos participantes, que encontraram soluções mais convenientes a eles.

2. Segunda etapa

Nesta etapa iniciou-se um novo contrato de trabalho para alguns participantes com o objetivo de perder peso, dado o pouco que tinham perdido, e para outros, além deste, acrescentava-se o de manter o peso perdido.

Durante 15 sessões, houve perda ponderal média de 648 gramas. Os participantes estiveram presentes, em média, a 12 sessões. O sujeito que mais perdeu peso foi D.M. 16.000 gramas; o que menos perdeu foi L.M. 2.500 gramas. É preciso ressaltar que o sujeito M.E., com a maior perda de peso na primeira etapa, obteve uma perda de 14.200 gramas.

Tabela 4. Frequência Individual do Uso de Estratégias Comportamentais e Total Utilizado pelo Grupo.

Estratégias	Participantes					Total
	L.	E.	M.E.	M.H.	L.M.	
Fazer pausa	12	12	4	5	12	45
Descansar o garfo	0	8	8	7	10	33
Iniciar pela salada	12	12	6	2	10	42
Não repetir o prato	10	12	1	10	12	45
Mastigar bem	12	12	1	12	12	49
Comer num só local	6	12	12	12	12	54
Fazer exercício diário	6	12	2	3	2	25
Usar pouco sal	6	6	12	12	10	46
Usar pouca fritura	0	12	12	6	12	42
Usar adoçantes	0	12	12	2	2	28

Partindo-se da hipótese de que não era necessário o emprego de todas as estratégias comportamentais para a perda de peso, procurou-se identificar, na quinta sessão da segunda etapa, aquelas que estavam sendo usadas com facilidade a fim de reforçar individualmente esse comportamento e de prevenir o uso de estratégias aversivas que poderia resultar na extinção do comportamento aprendido.

Observou-se que as estratégias mais utilizadas foram: comer num só local, mastigar bem os alimentos, usar pouco sal, não repetir o prato e fazer pausa. Esses resultados vêm de encontro aos obtidos por Stalonas, Perri e Kerzner (1984) que, investigando a durabilidade, após cinco anos, de um programa comportamental para redução de peso, do qual participaram 44 sujeitos obesos, observaram que as estratégias que se mantinham eram não repetir o prato e comer num só local. Chapman e Jeffrey (1979) acompanharam durante 27 semanas, 51 mulheres obesas submetidas a um programa de redução de peso e constataram que as duas estratégias que vinham sendo mantidas pelos sujeitos eram as de comer num só local e usar pratos pequenos. Estes autores sugerem que este tipo de comportamento, uma vez estabelecido, é mais fácil de ser mantido do que auto-reforçamento.

As estratégias menos utilizadas não são mencionadas nos trabalhos citados, porém, no presente estudo, observou-se que descansar o garfo era uma das três estratégias menos frequentes. Acredita-se que isto ocorra porque a população em questão é constituída de donas de casa e de domésticas que têm necessidade de desenvolver uma série de tarefas no período das refeições, e descansar o garfo é percebido por elas como "perda de tempo". A pausa, ao contrário, permite que adiantem o serviço doméstico e

por isso frequentemente utilizada, com interrupção da refeição, mudança de local e intercalar de atividade na maior parte das vezes.

Tabela 5. Explicações individuais para uso de estratégias comportamentais fornecidas pelos participantes L.M. e L.

Part.	Estratégias que usa com facilidade	Estratégias que não usa ou acha difícil	Explicação
L.M.	Pouco sal e fritura Mastigar bem Não repetir o prato	Exercício Pausa Descansar o garfo Iniciar pela salada	Tem preguiça Esquece Não gosta de salada
L.	Usa todas as estratégias com facilidade		Não usava porque não sabia

Verifica-se que cada participante apresenta uma razão distinta para o emprego das estratégias, criando, inclusive, situações para facilitar sua utilização, como por exemplo, adiantar o serviço doméstico durante as pausas, e servir primeiro a salada para depois buscar os pratos quentes. Observou-se que o sujeito L. usa com facilidade todas as estratégias, só não fazia antes por ignorá-las, o que mostra a necessidade de trabalhos informativos de cunho preventivo em comunidades de baixo nível sócio-econômico.

Considerando-se que as estratégias comportamentais não auxiliam igualmente no emagrecimento, optou-se por comparar o peso de cada sujeito com o uso de três delas: não repetir o prato, iniciar a refeição pela salada e fazer exercício diariamente. As duas primeiras foram escolhidas porque não repetir o prato diminui a probabilidade do sujeito superalimentar-se e limita a ingesta; iniciar pela salada diminui a privação do sujeito, tornando o autocontrole mais provável. A terceira estratégia foi o exercício, porque redistribui e queima o tecido adiposo, além de aumentar o metabolismo basal que se

encontra diminuído em obesos, especialmente naqueles submetidos a dietas hipocalóricas.

Comparando-se a frequência do uso das três estratégias supracitadas com peso dos sujeitos, observa-se que E. apresentou uma perda de 1.000 gramas e uma frequência de 100% para as três estratégias. M.H. emagreceu 600 gramas e apresentou 80%, 16% e 25% de frequência, respectivamente.

A partir da discussão sobre o uso de estratégias, observou-se que os sujeitos se superalimentavam em situações problemáticas e decidiu-se solicitar o registro dos motivos e a descrição das situações em que este comportamento era emitido, a fim de que se desenvolvesse estratégias para lidar com estas situações. Os motivos que, associados a diferentes situações conflitivas, levavam frequentemente à superalimentação, eram tristeza, preocupação e nervoso.

Comparecer a reuniões sociais era outro motivo que desencadeava a superalimentação, porque em situações de festa o alimento se mostra um reforçador muito poderoso, em consequência da privação e do limitado repertório comportamental do participante.

Após treino comportamental de situação de festa, observou-se que houve decisão de mudança no caso de sete. Apenas um participante continuou a afirmar que ingerir alimentos em festas é bom e necessário, já que é a única possibilidade para fazê-lo. Neste caso, observa-se que a privação controla o comportamento alimentar do participante e parece difícil uma modificação de comportamento. As sugestões fornecidas pelo grupo para resolver esta situação problemática foram: fixar uma cota de doces e não ultrapassá-la, conversar, dançar e namorar ao invés de comer. Não se sabe se houve mudança deste comportamento, pois o

programa terminou um mês depois, entretanto, deve-se ressaltar que algumas destas sugestões já haviam sido propostas anteriormente, sem resultados duradouros.

Para finalizar os resultados, optou-se por destacar a descrição de dois sujeitos que apresentaram particulares tais, que a abrangência do trabalho desenvolvido, bem como a discussão e solução das dificuldades encontradas, podem explicar, em parte, a permanência dos sujeitos no programa. Constatou-se que estes casos ilustram peculiaridades da individualização do procedimento e encaminham a discussão e as conclusões.

1. Caso M.H.

M.H., 18 anos, 150 cm, 67.800 gramas, índice de excesso de peso de 32,1%, semi-analfabeta, decidiu participar do programa porque se sentia mal, e queria emagrecer. Na entrevista inicial, o experimentador explicou-lhe que várias tarefas escritas seriam propostas e perguntou se teria condições de executá-las, ao que o sujeito respondeu dizendo que pediria auxílio a seus familiares. Realmente, durante a primeira etapa do programa, as tarefas foram cumpridas, porém, no início da segunda etapa, M.H. chegou ao grupo dizendo que não poderia fazer as tarefas porque os familiares negavam-se a continuar ajudando-a, alegando que havia sido combinado que estas tarefas terminariam em dezembro de 1988. Diante dessa situação, optou-se por adaptar e, quando necessário, criar materiais para que este participante pudesse continuar a participar do grupo.

Os materiais adaptados foram: ficha de registro de alimentação, com desenhos manuais, contendo principais tipos de alimentos e medidas caseiras, ficha de emoções relacionadas à

superalimentação, estratégias comportamentais e atividade física.

Devido ao analfabetismo do participante, a ficha de registro de alimentação foi reelaborada pelo experimentador e por um participante, que criaram um manual contendo desenhos dos principais tipos de alimentos e quantidades caseiras. Ao lado de cada ilustração estavam os nomes manuscritos e em letra de forma. O participante deveria copiar do manual tanto a qualidade quanto a quantidade de alimento ingerido em uma folha de registro especial, onde já estavam marcados os dias da semana e do mês. Os horários e duração das refeições também deveriam ser marcados.

Outra reformulação relativa ao horário ocorreu porque o relógio de M.H. quebrou. Novamente utilizou-se desenhos que representavam períodos do dia: sol nascendo, indicando manhã, sol brilhando indicando meio dia e lua indicando noite. O experimentador solicitou ao participante que registrasse o conteúdo e quantidade dos alimentos ingeridos no café da manhã, na primeira parte da ficha, o almoço e o lanche na segunda parte, e o jantar na terceira. O horário e o tempo das refeições não foram exigidos.

Quando se introduziu a ficha de estratégias comportamentais, deparou-se com um novo problema. A ficha era datilografada, e o participante tinha dificuldade para ler letra de imprensa. Foi feita uma ficha que possuía ao lado de cada estratégia um desenho indicativo da mesma, como, por exemplo, uma boca simbolizando "mastigar bem os alimentos", ou um prato de salada indicando "iniciar pela salada". M.H. foi instruída a fazer um "X" ao lado de cada estratégia utilizada durante uma das refeições principais.

Ainda com o sistema de desenhos, houve uma ficha para as emoções relacionadas à superalimentação. Exemplo: um boneco gritando, representando raiva, um boneco chorando representando tristeza. Nessa mesma ficha havia um espaço para a descrição detalhada das situações em que ocorria a superalimentação, porém não se exigiu que o participante executasse essa parte da tarefa.

Na sessão posterior à introdução deste material, constatou-se que o participante estava sendo alfabetizado, já que conseguia descrever, em poucas palavras, as situações em que se superalimentava. Argüida a esse respeito, M.H. afirmou que já estava conseguindo escrever algumas palavras. O experimentador e o grupo reforçaram com elogios e sugeriram que voltasse à escola. M.H. concordou com a sugestão

e, na última sessão, declarou que estava inscrita em um colégio para cursar o ano letivo de 1990.

Mesmo observando-se os progressos realizados por M.H., optou-se por confeccionar uma ficha especial de atividade física, para assegurar-se a fidedignidade dos registros. O experimentador desenhou em folhas avulsas os quatro exercícios que M.H. praticava com maior frequência: dançar, pular corda, andar e fazer ginástica, escrevendo o nome dos mesmos ao lado de cada ilustração. Essas folhas foram entregues junto com folhas de registro que continham os dias da semana e as datas. O participante foi instruído a copiar das folhas ilustradas o nome da atividade que praticara e, se possível, indicar a sua duração. M.H. perdeu peso durante todo o programa, como verifica-se na figura 1.

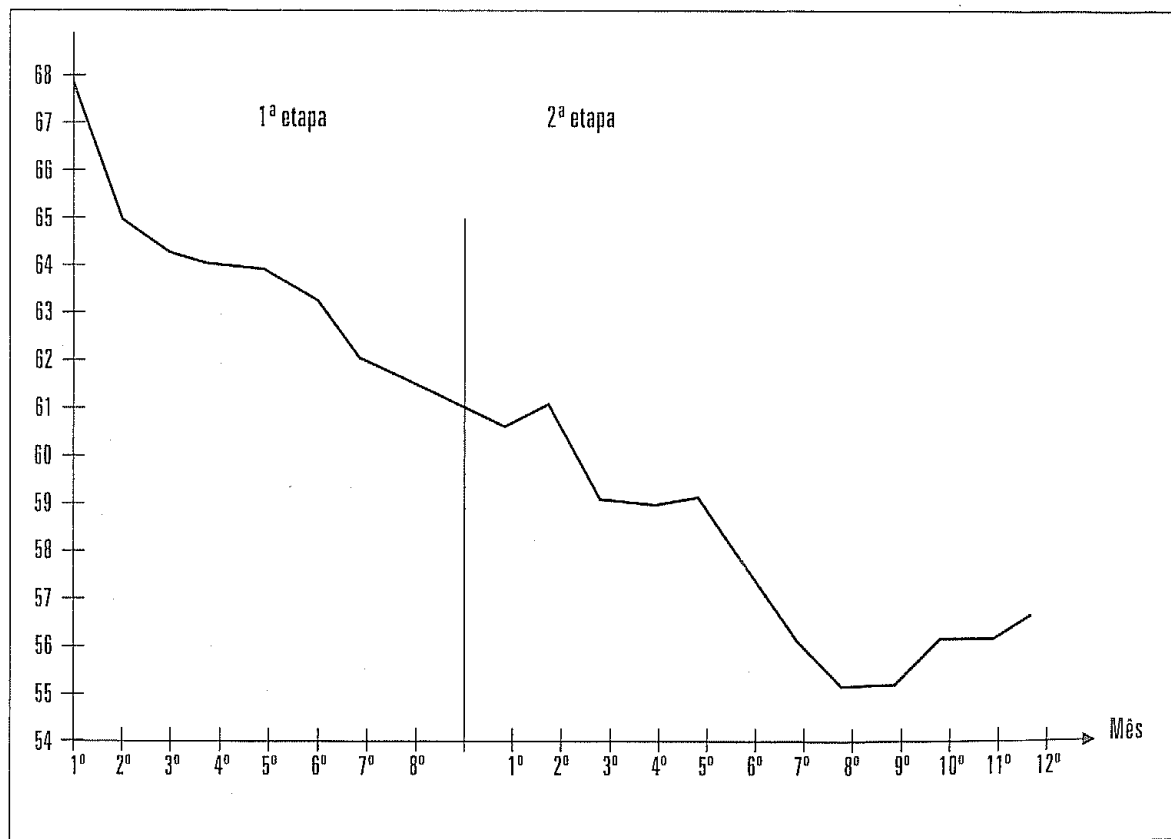


Figura 1. Peso mensal do sujeito M.H.

Analisando-se os dados da figura 1, nota-se eliminação do peso, iniciando o programa com 67.800 gramas e diminuindo para 56.500 após 20 meses (39 sessões).

Com relação à primeira etapa, nota-se uma redução de peso inicial bastante acelerada no primeiro mês (primeira a terceira sessão), 2.800 gramas, seguida de estabilidade do peso no segundo mês (terceira a quinta sessão), com perdas pequenas nos outros meses. Nesta primeira etapa do programa observa-se pequena eliminação de peso, porém constante, e esta é uma característica que se mantém na segunda etapa do programa, onde ocorre redução de peso até o oitavo mês, após o que observa-se aumento de peso até o final do programa. No total os resultados obtidos com M.H. foram positivos, pois esse participante não só perdeu peso, como também modificou seus hábitos alimentares, adquiriu noções sobre balanceamento dietético e aumentou sua atividade física. No final do programa era capaz de escrever várias palavras, apresentava uma caligrafia legível e estava inscrita em uma escola pública.

Este caso mostra as dificuldades encontradas por profissionais que trabalham com populações de analfabetos. Os materiais estrangeiros nem sempre podem ser utilizados, necessitando uma adaptação. Parece importante que se realize mais pesquisa na área, e que sejam divulgadas as soluções encontradas nos diversos trabalhos.

2. Caso L.M.

O sujeito L.M., 16 anos, 1,60 cm, 88.000 gramas, índice de excesso de peso de 31%, chegou ao grupo porque não se sentia bem com seu peso e necessitava emagrecer para que seu médico concordasse em submetê-la a uma cirurgia corretiva dos seios.

Mora com a mãe numa casa de periferia, onde não há banheiro interno nem geladeira. As

duas brigam frequentemente e depois de cada briga o participante come em excesso.

Trabalha como babá numa casa das 12 às 19 horas. Almoça e toma lanche no serviço, tendo livre acesso à comida. Os patrões são vegetarianos e substituem a carne por soja e farelos, entretanto, compram doces e guloseimas para as crianças e permitem que ela os consuma. Como em sua casa consome basicamente pão e macarrão, aproveita para alimentar-se no serviço e, muitas vezes, ultrapassa as cotas previstas em sua dieta.

Não pratica exercícios pois alega que seu trabalho é muito cansativo. Durante dois meses fez ginástica aeróbica à noite, mas parou alegando cansaço e falta de tempo para estudar para o colégio. Limita-se a manter as caminhadas diárias até o ponto de ônibus que duram, em média, cinco minutos.

Quando o grupo sugeriu que fizesse ginástica em casa ou caminhasse durante 30 minutos, alegou falta de espaço físico para exercitar-se, e declarou que o único horário para as caminhadas seria à noite, porém, sentia-se temerosa em fazê-lo, pois mora numa favela onde moças não andam sozinhas à noite.

A qualidade de sua alimentação também compromete seu emagrecimento, pois não come carne e, além de não gostar de verduras, o fato de não ter geladeira em casa dificulta a conservação deste tipo de alimento. Sugeriu-se que fizesse uma horta e que retirasse dela as verduras no momento de consumi-las, ao que L.M. respondeu negativamente, explicando que o terreno de que dispõe é pequeno, além de cercado por galinhas da vizinhança, que comeriam tudo o que fosse plantado.

Uma análise quantitativa dos resultados obtidos por este sujeito mostra que ele perdeu pouco peso, tendo inclusive apresentado a menor redução de peso do grupo. O peso perdido durante o programa está representado na figura 2.

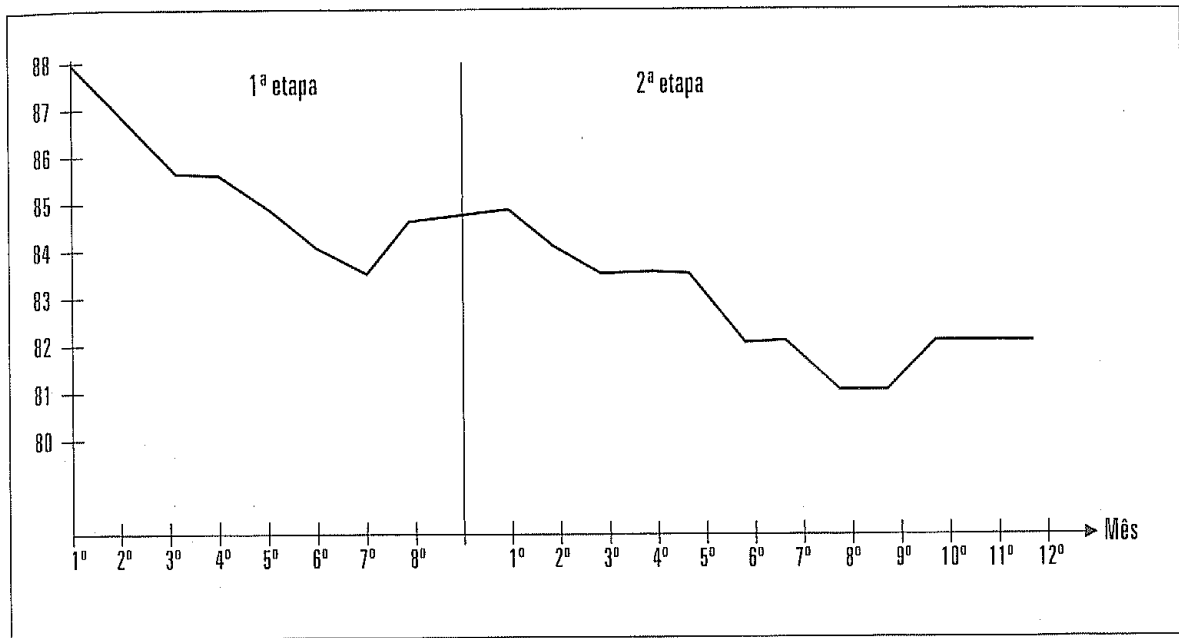


Figura 2. Peso mensal do sujeito I.M.

Este participante eliminou peso com a passagem dos meses, iniciando o programa com 88.000 gramas e diminuindo para 82.000 gramas após 20 meses. Com relação à primeira etapa do programa, constatou-se redução constante de peso até a 7º mês seguido de um curto período de aumento. Na segunda etapa, que variaram de 800 a 1.500 gramas nos vários meses e observou-se também aumento de peso no nono mês e estabilidade até o final.

Observam-se resultados modestos em termos de redução de peso. Entretanto, uma análise qualitativa dos resultados mostra modificações nos hábitos alimentares como: fixar horário e local para as refeições, mastigar bem os alimentos e aumentar o consumo de saladas.

Embora tenha se submetido a uma cirurgia plástica dos seios, emagreceu apenas 6.000 gramas durante todo o programa, e acredita-se que a dificuldade na introdução de novos hábitos de vida, sobretudo alimentares, tenha sido acentuada por mesclar-se a problemas socioeconômicos.

Ainda, com a cirurgia plástica, não se pode identificar quais seriam realmente os controladores para perder peso. Seu dado aproxima-se mais da manutenção, e como seu índice de obesidade é de 22,9%, é moderado o risco que apresenta em termos de saúde.

Quanto à ligação entre emoção e ingestão de alimentos, nota-se na Tabela 6 que os participantes fazem essa relação com emoções desagradáveis. Podemos aventar a hipótese de que, durante baixa de reforçadores, procura-se reforçadores primários como alimento, pois geralmente estão disponíveis sem intermediários.

Observa-se nas situações, durante o período em que foi feito o registro, que a maior parte refere-se a perda de reforçadores e, portanto, as emoções relatadas como motivo para ingerir alimentos são de tristeza ou preocupação. O relevante é que as emoções facilitaram a ingestão de alimentos, mesmo as agradáveis como receber amigos. Neste caso, nota-se também o controle do alimento presente.

Como conclusão para todos os participantes, observou-se que a análise quantitativa dos resultados da primeira e segunda etapas mostra que houve perda de peso nas duas, tendo dois sujeitos atingido seu peso ideal, e os demais reduzido seu índice de excesso de peso em pelo menos 24%. Poder-se-ia dizer que o programa se mostrou eficaz em modificar e instalar novos comportamentos para o combate à obesidade e melhora da qualidade de vida.

Como três dos quatro hipertensos reduziram seu índice de excesso de peso para menos de 20%, este dado é positivo. Ainda segundo Shapiro (1978), qualquer perda de peso, mesmo modesta, melhora a pressão arterial em hipertensos.

Tabela 6. Situações de superalimentação registradas pelos participantes

Participante	Motivo	Situação
D.M.	Tristeza	Óbito do pai
	Preocupação	Depressão da mãe em função da morte do pai
	Nervoso	Necessidade de operar a vesícula
	Receber visita em casa	Fez doces
	Festa	Foi a um aniversário
M.A.	Tristeza	Mudou-se de cidade
	Preocupação	Não se adapta à nova vida
L.	Não emitiu este comportamento	
E.	Tristeza	O marido quer divórcio
	Preocupação	
M.E.	Tristeza	Patroa chamou-lhe atenção injustamente
	Preocupação	Foi despejada de sua casa
	Dor de estômago	Estava com dor não pensou em seguir a dieta
M.C.	Não compareceu	
M.H.	Tristeza	Seu cão morreu
	Preocupação	Sua mãe demorou a chegar em casa
	Nervoso	Brigou com a prima, estava com muito serviço doméstico
L.M.	Raiva	Brigou com a mãe
	Medo	Tinha provas
	Ócio	Estava em casa sem nada para fazer

Com relação à qualidade de vida dos sujeitos, observou-se que houve uma mudança em aspectos da vida social de todos eles, embora apenas dois tenham chegado ao seu peso ideal. Destacam-se três participantes que necessitavam entrar pela porta da frente do ônibus, por não passar na roleta. Atualmente, passam pela roleta e sentam-se com outra pessoa no banco. Um deles declara mesmo que seu passatempo predileto é andar de ônibus. Os sujeitos M.C. e E. podem usar roupas antigas e inclusive calça jeans, por encontrar numeração. E. vai a festas, o que não fazia desde que engordara, pela recusa do marido em levá-la. E gosta mais de se vestir e de se arrumar, estando inclusive em tratamento dentário. Todos os participantes afirmam que os familiares e amigos observam a mudança de peso, e isto os deixa felizes, além de se sentirem mais bonitos.

Observaram-se modificações dos hábitos alimentares, pois no início do programa todos os participantes repetiam o prato pelo menos duas vezes, não tinham horário nem local para as refeições, mastigavam pouco e ignoravam o valor calórico e nutricional dos alimentos, apresentando crenças tais como: sal, amendoim e pipoca não engordam. Esta ignorância sobre balanceamento de dieta proporcionava a engorda e, provavelmente, também a desnutrição. Atualmente, comem mais salada e legumes, não repetem os pratos quentes, mastigam bem os alimentos, estabeleceram horário e local para as refeições, adquiriram noções sobre balanceamento dietético, sendo capazes de identificar o valor calórico e nutricional dos alimentos que ingerem.

Inicialmente, sete pessoas do grupo eram completamente inativas, excetuando-se seu trabalho. No final do programa, sete praticavam ao menos 40 minutos de exercícios diários.

É preciso destacar também que a cooperação foi um comportamento que ocorreu no grupo, especialmente quando auxiliava seus membros na busca de alternativas para seus problemas de implementação de estratégia. Entre as alternativas fornecidas, e que se mantiveram, estão: comprar frutas e verduras da estação para aproveitar o preço; comprar em grandes centros de distribuição; evitar fazer doces e, no caso de fazê-los, procurar escondê-los, dificultando assim o seu consumo; adiantar o serviço doméstico durante as pausas; deixar a comida no fogo enquanto come salada; aumentar a atividade física após um episódio de superalimentação e repetir apenas a salada e carne.

Convém mais uma vez destacar a importância do grupo que se manteve durante todo o programa, e que parece ter tido um papel que ultrapassa o de simplesmente comparecer para aprender a eliminar peso. Ele se tornou um local de encontro, troca de idéias, valorização da execução de trabalhos manuais, pausa permitida na jornada de trabalho; talvez esses fatores, e mesmo outros não identificados neste estudo, sejam fundamentais para explicar a longa permanência e os resultados alcançados. Continua em aberto o quanto o grupo colaborou para melhorar a auto-imagem dos participantes através da valorização de seu desempenho. Este ponto poderá ser esclarecido em próximos estudos através da coleta de análise de interações grupais com este objetivo. Embora todos tenham eliminado peso, três deles apre-

sentavam, ao final do programa, índice de excesso de peso superior a 20%. Pode-se discutir esses resultados apontando-se algumas variáveis biológicas que parecem estar envolvidas.

Cinco dos oito sujeitos apresentam história passada em pelo menos duas dietas hipocalóricas, o que pode dificultar a perda de peso, segundo Vannali, Clearly e Van Itallie (1983), Medeiros Neto (1987).

Segundo Hirsch e Batchelor (1976), Salans e Daugherty (1971), o crescimento das células adiposas, que ocorre em virtude de ingestão alimentar, é outro fator que influi no emagrecimento, dificultando-o muitas vezes.

Há ainda a considerar os fatores genéticos e seu papel no desenvolvimento desta patologia. Seis dos oito sujeitos declararam possuir pelo menos um dos pais obesos além de outros familiares como tios, primos e avós.

Separar os fatores genéticos das variáveis socioculturais é difícil e, justamente, a população estudada possui renda inferior a dois salários mínimos, o que pode ser uma explicação para alguns dados obtidos.

Não existe tratamento específico para esse tipo de população no que concerne à dieta pois, em geral, os alimentos prescritos em dietas hipocalóricas são caros e às vezes inacessíveis. No entanto, salientar esse ponto é insuficiente, pois ligados a ele há outros fatores que merecem consideração. Os alimentos prescritos devem ser ingeridos em porções padronizadas e outros alimentos excluídos, porém há ainda o restante da família a considerar, sendo difícil, nesse caso, diminuir o consumo de guloseimas e adequar a ingestão de determinados alimentos a porções

específicas. Parece que alegar dificuldades econômicas é mais simples e fácil que admitir a dificuldade na introdução de novos hábitos, especialmente alimentares.

Se a variável econômica é controladora, decorre dela a privação de certos alimentos. Por não terem livre acesso a alimentos sofisticados como carnes e doces, em situações sociais, dificilmente controlam a ingestão, pois sabem que, se não fizerem naquele momento, não poderão fazê-lo no dia seguinte. O mesmo fenômeno ocorre com quem trabalha e tem disponível uma refeição durante o dia e outra em sua própria residência.

Observa-se ainda que, para os participantes deste estudo, e talvez para a população de nível sócio-econômico baixo, o excesso de comida representa riqueza e fartura. Há, portanto, uma dupla necessidade em situação de festa: fazer muitos pratos e muita quantidade quando se é anfitrião para mostrar riqueza e fartura, e quando se é convidado, não recusar a comida oferecida para evitar ofender quem a fez. O valor cultural do alimento parece dificultar a modificação desse tipo de padrão de comportamento em certas ocasiões.

Há ainda, além do comportamento alimentar, a inserção de um programa de exercício. Os participantes executam um trabalho caracteristicamente braçal: domésticas ou faxineiras, o que leva à fadiga sem levar à queima de calorias necessária ao emagrecimento. Pela falta de tempo, local apropriado e cansaço, dificilmente praticam exercícios, dificultando a perda de peso. No entanto, nesse estudo pode-se afirmar que, a partir do momento que passaram a registrar sistematicamente sua atividade física

diária, os sujeitos não só aumentaram-na, como também perderam peso. Continuam, entretanto, apresentando o mesmo nível sócio-econômico e desempenhando o mesmo trabalho braçal. Apesar dos problemas mencionados, convém ressaltar que, dentro do possível, foram criadas soluções alternativas no decorrer das sessões.

Quanto à dieta, os participantes passaram a usar frutas e verduras da estação, alguns a comprá-las nos grandes centros de distribuição e apenas um substituiu as guloseimas que comprava para a família por frutas e verduras. Quanto à privação alimentar e consumo de alimentos não calóricos em festas foram estabelecidas cotas embora nem sempre tenham sido respeitadas.

O valor cultural do alimento manteve-se pois, todos os participantes continuavam a considerar importante diversificar a qualidade e aumentar a quantidade do mesmo ao receberem visitas, para agradar ao marido e aos visitantes. Relativamente aos exercícios, todos os sujeitos passaram a fazer caminhadas diárias, já que a ginástica aeróbica e localizada era difícil em termos de espaço físico, e onerosa se praticada em academias.

Conclui-se que as variáveis biológicas, sociais e culturais, transformadas em argumentos poderosos e aparentemente objetivos, continuam a mesclar-se com raros problemas metabólicos. É necessário um trabalho sistemático e a longo prazo, para criar comportamentos alternativos que conduzam a modificações duradouras. Ensinar análise do comportamento a pessoas com baixa escolaridade mostrou-se possível.

- Bennet, G.A. (1986). Expectations in the treatment of obesity. *British Journal of Clinical Psychology*, (25), 311-312.
- Chapman, S.L. e Jeffrey, B.D. (1979). Process in the maintenance of weight loss with behavior therapy. *Behavior Therapy*, (10), 566-570.
- Davidson, P.O. e Davidson, S.M. (1980). *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Dreyfus, G. (1975). *Pourquoi l'on grossit et comment mincir: 15 entretiens sur l'obésité*. Paris: Stock.
- Dubbert, P.M. e Wilson, G.T. (1983). Failures in behavior therapy for obesity: causes, correlates and consequences. In E.B. Foa e E.P. M. G. Emmelkamp (org.). *Failures in Behavior Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Ferster, C.B.; Nuremberger, J.L. e Levitt, E.F. (1962). The control of eating. *Journal of Mathematics*, (1), 87-109.
- Hagen, R.L. (1976). Theories of obesity: is there any hope for order? In J.P. Foreyt; S. Martin e B.J. Williams (org.). *Obesity: behavioral approaches to dietary management*. New York: Brunner/ Mazel Publishers.
- Hirsch, J. e Batchelor, B. (1976). Adipose tissue cellularity in human obesity. *Clin. Endocrinol. Metab*, (5), 299-311.
- Kerbaui, R.R. (1972). *Autocontrole: manipulação das condições antecedentes e conseqüentes do comportamento alimentar*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, não publicada. São Paulo.
- _____ (1977). Autocontrole: manipulação das condições antecedentes e conseqüentes do comportamento alimentar. *Psicologia*, (3), 101-131.
- _____ (1987). Obesidade. Em H.U. Lettner e B.P. Rangé (org.). *Manual de Psicoterapia Comportamental*. São Paulo: Manole Ltda, pp. 215-224.
- Khan, M.A. (1981). Nutrition and current concepts of obesity. *CRC. Crit. Ver. Food Sci. Nutri.*, (14), 135-151.
- Kingsley, R.G. e Wilson, G.T. (1977). Behavior therapy for obesity: a comparative investigation of long term efficacy. *Journal Consulting Clinical Psychology*, (45), 288-298.
- Leon, G.R. e Chamberlain, D. (1983). Comparison of daily habits and emotional states of overweight persons successful or unsuccessful in maintaining a weight loss. *Journal Consulting Clinical Psychology*, (41), 108-115.
- Matarazzo, J.D.; Weiss, S.M.; Herd, A.J. e Miller, N.E. (1984). *Behavioral health*. New York: John Wiley and Sons.
- Medeiros Neto, G.A. (1987). *Obesidade: nova fronteira metabólica*. São Paulo: Aché, 9-22.
- O'Connor, J. e Dowrick, P.W. (1987). Cognitions in normal weight, overweight and previously overweight adults. *Cognitive Therapy and Research*, (3), 315-326.
- Salans, L.B. e Daugherty, J. (1971). The effect of insulin upon glucose metabolism by adipose cells of different size. *Journal of Clinical Investigation*, (50), 1399-1410.
- Schachter, S. e Gross, L.P. (1968). Manipulated time and eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, (10), 98-106.
- Shapiro, D. (1978). Hypertension from the standpoint of behavioral medicine. *Annals of Internal Medicine*, (8), 626-636.
- _____ e Goldstein, I.S. (1982). Biobehavioral perspectives on hipertension. *Journal of Consulting and Clinical*, (50), 841-858.
- Stalonas, P.M.; Perri, M.G. e Kerzner, A.B. (1984). Do behavioral treatments of obesity last? A five-year follow-up investigation. *Addictive Behaviors*, (9), 175-183.
- Straw, M.K. (1983). Coping with obesity. In T.G. Burish e L.A. Bradley (org.). *Coping with chronic disease*. New York: Academic Press, pp. 219-258.
- Stuart, R.B. (1978). *Pense magro e emagreça*. Rio de Janeiro: Record.
- Stunkard, A.J. (1958). The management of obesity. *J. Medicine*, January, 1.

Stunkard, A.J. e Koch, C. (1964). The interpretation of gastric mobility. *Archives of General Psychiatry*, (11), 74-81.

Van Itallie, T.B. (1986). Bad news and good news about obesity. *New England Journal of Medicine*, (314), 239-240.

Vannali, J.R.; Clearly, M.P. e Van Itallie, T.B. (1983). Modern concepts of obesity. *Nutr. Ver.* (41), 361.

Wooley, S.C.; Wooley, O.W. e Dyrenforth, S.R. (1979). Theoretical, practical, and social issues in behavioral treatments of obesity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, (12), 03-25.